

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 68

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges DHERS

LA

RHINITE SPASMODIQUE APÉRIODIQUE

ET SON TRAITEMENT

PAR L'AUTOSÉROTHÉRAPIE DÉSENSIBILISATRICE

Président : M. G. POUCHET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

68

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges **DHERS**

LA

RHINITE SPASMODIQUE APÉRIODIQUE

ET SON TRAITEMENT

PAR L'AUTOSÉROTHÉRAPIE DÉSENSIBILISATRICE

Président : M. G. POUCHET, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DEL BET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOUIN
BLANCHETIERRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

DUVOIR
FISSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE HENRI
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LELORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBOULLET
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ(A.)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur POUCHET

Commandeur de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Vice-président du Conseil supérieur d'Hygiène de France

Professeur de Pharmacologie et Matière médicale

à la Faculté de Médecine de Paris

A MON MAITRE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

M. le Docteur C. CHAUMEAU

Chevalier de la Légion d'honneur
Sénateur

LA RHINITE SPASMODIQUE APÉRIODIQUE

ET SON TRAITEMENT

Par l'Autosérothérapie désensibilisatrice

INTRODUCTION

Depuis que nous faisons de l'oto-rhino-laryngologie, nous avons été frappé du nombre relativement important des malades venant se plaindre que « leur nez coule comme une fontaine », pour employer leur propre expression, qui sert d'ailleurs de texte à l'article de M. le docteur Lermoyez dans la *Presse médicale* (1).

Plusieurs de ces malades avaient déjà consulté bon nombre de laryngologistes et suivi la série de tous les traitements consacrés : galvanocautérisation des cornets, belladone à l'intérieur, aérothermothérapie, courant galvanique intranasal, etc., mais toujours sans résultat. Tous les jours, à de rares exceptions près, le plus souvent au réveil, mais pas toujours, les éternuements commencent et « le nez coule comme une fontaine » : cela dure

1. Lermoyez, *Traitement pathogénique de l'hydrorrhée nasale*, *Presse médicale*, 28 mai 1913.

une ou plusieurs heures et se répète parfois à de nombreuses reprises dans la journée.

Cette crise s'accompagne de larmoiement, de catarrhe pharyngo-laryngé, d'anosmie aussi le plus souvent et laisse à sa terminaison le malade dans un état de fatigue physique et psychique notable, qui fait de cette affection, bénigne en soi, une infirmité réelle.

Nous connaissons telle malade qui, obligée par ses occupations de prendre plusieurs fois par jour l'autobus, est fréquemment obligée de descendre en cours de route pour se soustraire aux rires et aux plaisanteries que provoquent ses éternuements incoercibles.

Telle autre, femme très mondaine, est dans l'impossibilité d'accepter une invitation à dîner ou d'aller passer la soirée au théâtre, parce que ses crises — cas peu commun d'ailleurs — débutent chaque jour, ou à peu près, vers six heures du soir, pour ne prendre fin qu'à son coucher.

Une autre encore nous disait garder le souvenir de l'émoi qu'elle causa, il y a quelque dix ans, dans un grand magasin parisien par une série d'une centaine d'éternuements, qui continua après qu'elle eût gagné la sortie accompagnée des souhaits ironiques de toute la clientèle du magasin.

Et tant d'autres dont la vie est tourmentée et la carrière entravée par cette fatiganté — et bruyante — infirmité.

A ces malades, la thérapeutique actuelle ne pro-

cure guère qu'un léger soulagement, qu'une rémission très courte.

C'est sans doute parce qu'on traite uniquement le symptôme ; le nez coule : on fait absorber de la belladone au patient ; quand la provision de belladone est épuisée, le nez recommence à couler. Et, de médecin en laryngologiste, de belladone en strychnine, de douche d'air chaud en cautérisation, ils vont, les pauvres malades, le mouchoir sous le nez, éternuant et pleurant.

Il s'agit, au demeurant, d'une affection très pénible, gênant considérablement la vie sociale du malade et méritant par conséquent de retenir l'attention du médecin et de faire l'objet de toutes recherches se proposant d'en atténuer les fâcheux effets.

Avant d'aller plus loin, il est indispensable d'éclaircir une question de terminologie souvent soulevée mais, à s'en rapporter aux livres paraissant actuellement, toujours pendante.

On a beaucoup discuté, en effet, sur les mots *hydrorrhée nasale*, *rhinite spasmodique*, *rhume des foins* et sur ce qu'ils devaient signifier ; il semble que la confusion existe encore à l'heure actuelle dans l'esprit des auteurs et que chacune de ces trois expressions n'éveille pas exactement la même idée dans l'esprit de tous les laryngologistes.

Il nous semble, cependant, que la classification des rhinites entopiques, pour employer le mot de

M. le D^r Molinié dans son rapport à la Société française de laryngologie de 1901, à écoulement aqueux, peut être basée facilement sur la symptomatologie.

On observe, en effet, trois catégories de malades : les uns ont un écoulement nasal aqueux permanent, sans éternuements, sans larmolement ; ils ne mouchent pas *beaucoup*, mais ils mouchent *souvent* parce qu'ils ont la « goutte au nez » ; appelons cela *l'hydrorrhée nasale*.

Les autres ont des crises d'éternuements incoercibles après lesquelles leur nez « coule comme une fontaine » ; ils mouillent plusieurs mouchoirs ; d'autres prennent des serviettes pour absorber cette inondation et, facteur important de la classification, ces crises sont presque quotidiennes ou se renouvellent plusieurs fois par semaine, ne laissant au malade que de rares semaines de répit. Elles se produisent quelles que soient la saison et la résidence du malade, ville ou campagne ; appelons cela *rhinite spasmodique*.

Le troisième groupe est constitué par les malades présentant le *rhume des foins vrai* ; ceux-là ne sont atteints qu'à l'époque de la floraison des graminées, et à cause de cette floraison, puisque des malades se trouvant au Maroc, par exemple, où les graminées fleurissent au mois d'avril, ont leur crise habituelle à cette époque ; elle cesse pendant le voyage de retour en France et reprend au mois de mai, comme tous les ans à la métropole.

Il nous paraît donc rationnel d'admettre ces trois variétés d'écoulement nasal aqueux, et les dénominations d'*hydrorrhée nasale*, de *rhinite spasmodique* et de *rhume des foins* qui permettraient d'éviter les confusions.

Toutefois, pour plus de précision encore, nous ajouterons à *rhinite spasmodique* le qualificatif *apériodique* que beaucoup d'auteurs emploient et qui différencie nettement la rhinite spasmodique du rhume des foins.

Nous n'oublions pas que « ce serait une grande illusion du médecin que de croire qu'il connaît les maladies pour leur avoir donné un nom » (1) ; mais il nous paraît logique de ne pas exprimer par les mêmes termes des faits présentant des points communs mais non identiques.

M. le D^r Flandin a, depuis plusieurs années, appliqué l'autosérothérapie au traitement du rhume des foins et il en a publié récemment les excellents résultats (2).

C'est la lecture de ce travail qui nous a donné l'idée d'appliquer la méthode à la rhinite spasmodique apériodique, affection aussi décevante pour le laryngologiste que fatigante pour le patient.

Grâce aux conseils qu'a bien voulu nous donner M. le D^r Flandin nous avons pu entre-

1. Cl. Bernard, *Introduction à l'Etude de la Médecine expérimentale*.

2. Ch. Flandin, Le rhume des foins et son traitement, *Journal de Médecine et de Chirurgie*, n° du 25 juin 1921.

prendre notre travail ; qu'il veuille bien agréer nos très sincères remerciements pour l'accueil aimable que nous avons trouvé auprès de lui.

Nous tenons également, avant de terminer ces préliminaires, à dire à notre maître, M. le Dr Chauveau, toute notre gratitude pour les précieux enseignements qu'il nous a prodigués depuis que nous travaillons auprès de lui dans sa clinique privée et dans son service de l'Hôpital de Bon-Secours, où il a bien voulu nous faire l'honneur de nous appeler à l'assister. Qu'il nous permette de lui exprimer notre affectueuse reconnaissance pour tout ce que nous lui devons.

HISTORIQUE

On lit dans la plupart des ouvrages sur les rhinites vasomotrices que les premiers cliniciens qui décrivirent un « catarrhe périodique » furent deux médecins anglais : Heberden en 1802 et Bostock en 1819.

Yonge, laryngologiste de l'hôpital de Manchester, dans son livre sur : *La fièvre des foins, ou éternuements paroxystiques (rhinite vasomotrice)*. Londres, 1910, fait un exposé historique très complet dans lequel il trouve de nombreux précurseurs à Heberden et à Bostock.

Botal (*Commentarii duo*, Lugduni, 1565), signalait, vers le milieu du xvi^e siècle, de violents maux de tête avec éternuements chez des individus qui avaient aspiré le parfum des roses.

Un siècle plus tard, Van Helmont (*Opera omnia*, Francofurti, 1717), citait le cas d'un chanoine qui, chaque été, était tourmenté d'un rhume très pénible (*tota æstate prope modum asthmaticus*).

Binningerus (*Observationum et curationum medicinalium centuriæ quinque*, Montebelgardi, 1693), parle d'une femme de haut rang, bien en chair (*ampli corporis et carnosi*) qui, dans la sai-

son où fleurissent les roses, était prise d'un coryza tenace.

De Rebecque, qui eut lui-même à souffrir des atteintes de l'affection, la considère comme survenant toujours à l'époque des roses et durant autant qu'elles, pour disparaître ensuite spontanément (*Atrium medicinæ Helvetiorum*, Geneva, 1691). Il attribua, chose remarquable, le développement des symptômes morbides à certaines exhalaisons s'échappant des fleurs et dénomma le mal : « coryza dû à l'odeur des roses ».

Riedlin (*Lineæ medicæ*, An. 1695-1700), August. Vindellicorum, 1697-1701), dit aussi qu'un de ses amis était pris de catarrhe nasal avec violents éternuements quand les rosiers se mettaient à fleurir.

C'est après ces nombreux auteurs que se placent Heberden et Bostock. Ce dernier, atteint lui-même de rhume des foins, en fit une description d'ensemble qui marque l'entrée de cette affection dans la Pathologie. Il publia quelques années plus tard un travail plus complet encore, où il mit en relief les localisations oculaires et bronchiques et appela cette maladie « catarrhe d'été ». A la suite de la publication de ce mémoire, on lui donna le nom de « maladie de Bostock ».

Puis parurent de nombreuses communications en Amérique et en Angleterre seulement, jusqu'en 1862, époque à laquelle Phœbus (de Giessen) publia les résultats d'une vaste enquête faite auprès de ses confrères.

En 1869, Helmholtz, atteint lui aussi de rhume des foins, émit l'hypothèse que cette affection devait être provoquée par des microorganismes dont la chaleur de l'été activait la virulence.

Tous ces auteurs n'ont décrit qu'un coryza périodique d'été ; c'est à cette époque que Trousseau, le premier, décrit dans ses cliniques une maladie caractérisée par un coryza survenant brusquement en toutes saisons avec crises d'éternuements et rhinorrhée abondante ; ces crises se reproduisent sous l'influence des causes les plus diverses.

Guéneau de Mussy réunit l'asthme des foins et le coryza décrit par Trousseau sous le terme générique de « rhinobronchite spasmodique ».

Puis, le rhume des foins semble capter à son seul profit l'intérêt des cliniciens et ce n'est qu'en 1890 que Sajous reparle de la rhinite spasmodique, qu'il appelle « rhinite hyperesthésique ».

Molinié, dans sa thèse, en 1894, affirme la similitude de l'asthme des foins et du coryza spasmodique, ainsi que Garel, de Lyon.

En 1905, Dunbar a démontré, par des expériences de cuti-réactions la spécificité de certains pollens dans l'apparition du rhume des foins.

Le traitement des rhinites vaso-motrices, rhume des foins, ou rhinite spasmodique apériodique, n'a été, pendant longtemps, que symptomatique.

Pour faire cesser les symptômes généraux de ces affections, ou pour diminuer, au moins, leur intensité, on eut recours au traitement médical

avec la belladone, qu'on employait seule ou associée à la strychnine d'après la formule du Dr Lermoyez, la cocaïne, l'adrénaline, etc.

Les agents physiques furent également employés : air chaud, courant galvanique intranasal, cautérisation des cornets.

Où porter le galvanocautère dans les fosses nasales ? P. Bonnier a fait à ce sujet des recherches particulièrement précises sur la topographie des terminaisons nerveuses dans la muqueuse des fosses nasales, indiquant la relation de tel territoire de cette muqueuse avec tel centre bulbaire, par ce qu'il a appelé une série de : « sondages » physio-pathologiques, en constatant les troubles « provoqués ou guéris en sollicitant les centres » bulbaires par l'intermédiaire du trijumeau « nasal » (1).

Afin d'atteindre le résultat obtenu par Bonnier au moyen de galvanocautérisations légères en un point déterminé de la muqueuse nasale, certains spécialistes avaient, avant lui, traité chirurgicalement les rhinites vasomotrices. C'est ainsi que E. S. Yonge, laryngologiste de Manchester, fit en 1908 une communication sur : « le Traitement » de la fièvre des foins rebelle et du coryza paroxysmique par résection du nerf nasal. »

1. P. Bonnier, *Traitement direct de l'asthme par voie naso-bulbaire* (*Archives internationales de Laryngologie*, t. XXXI, 1911, et P. Bonnier, *les Secteurs naso-bulbaires* (Société de Biologie, 27 janvier 1912).

Ce n'est que vers 1905, avec Dunbar, que commença la thérapeutique étiologique.

Dunbar a préparé un sérum avec l'extrait de pollen de graminées, qu'il a appelé la *pollentine*, considérée par les uns comme un sérum spécifique et par les autres, comme un remède inefficace.

Peu après lui, en 1908, Weichardt a présenté un sérum connu sous le nom de : *graminol* ; c'est un sérum natif, c'est-à-dire un sérum des herbivores non traités, pris pendant la floraison des graminées.

Puis est venu le sérum-collyre le Billart et Maltet.

C'est en 1914 que MM. Achard et Flandin commencèrent à traiter le rhume des foins, l'urticaire à répétition et la maladie de Quincke par l'autosérothérapie désensibilisatrice.

C'est là une des premières tentatives thérapeutiques par le sérum humain ; deux ans avant, en 1912, le docteur J. Chalié, médecin des Hôpitaux de Lyon, ayant appliqué déjà l'autosérothérapie au traitement de l'hémophilie familiale (1), et MM. F. Widai, P. Abrami et Et. Brissaud ayant fait au XIII^e Congrès français de Médecine (13-16 octobre 1912) une communication sur les résultats de leurs recherches au sujet des propriétés acqui-

1. J. Chalié, *Une orientation nouvelle de la Sérothérapie ; sérothérapie humaine et sérothérapie familiale* (Presse Médicale, 1920, n^o 79).

ses par les organismes à la suite de l'injection de leur propre sérum.

On a bien donné, il y a quelque dix ou douze ans, le nom d'autosérothérapie à une méthode consistant à injecter sous la peau quelques centimètres cubes d'un épanchement pleural ou ascitique recueilli par ponction. C'est une erreur, et l'on doit indiscutablement réserver le terme d'autosérothérapie à l'injection faite à un sujet de son propre sérum, sans confondre « sérum » avec « sérosité ».

Depuis 1914, on a employé dans le traitement de certaines maladies le sérum humain de deux façons : *autosérothérapie* et *isosérothérapie*. Cette dernière méthode a été utilisée en 1915 par le docteur A. Netter, dans le traitement de la poliomyélite, en pratiquant des injections intrarachidiennes de sérum provenant de sujets qui avaient eu une paralysie infantile.

W. Mac Guire et W. R. Redden ont traité en 1919 cent cinquante et un malades atteints de pneumonie grippale par des injections intra-veineuses de sérum de convalescents (1).

Ainsi que nous le disons plus haut, c'est la lecture de l'article du docteur Flandin sur le traitement du rhume des foins paru dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie* au mois de juin 1921 qui nous a porté à employer l'autosérothérapie

1. *The Journal of the American Medical Association* (Chicago) t. LXXII, n° 10, 8 mars 1919.

désensibilisatrice au traitement de la rhinite spasmodique apériodique, pensant que cette affection est due à une anaphylaxie, le plus souvent indéterminée.

Pour terminer ce rapide historique du traitement des rhinites vasomotrices, nous mentionnerons la communication faite par le docteur M. Mignon, de Nice, au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie de 1911 sur : « Une application nouvelle de la sérothérapie au traitement des « rhinites spasmodiques ». Ce traitement consiste, dit l'auteur, à immuniser les malades contre la cause de la maladie au moyen d'un sérum, dont la nature doit être variable, selon la pathogénie des troubles. Partant de ce principe, le docteur Mignon a traité une malade atteinte de rhinite spasmodique causée par l'odeur du cheval ; le sérum de cheval, employé sous la forme de sérum de Roux, quotidiennement et à petites doses, a permis d'obtenir la guérison que n'avait pu donner aucun des traitements habituels.

ÉTIOLOGIE

Il est à l'heure actuelle bien établi que le rhume des foins est dû à une intoxication provoquée par la protéine du pollen de certaines plantes libérée par l'action protéolytique des cellules sur le pollen, et que cette intoxication ne se produit que chez certains sujets appartenant, pour la plupart, soit directement, soit par hérédité, à la classe des arthritiques ou des névropathes.

Le début du rhume des foins dans nos régions a lieu au mois de mai et dure environ quatre mois. En dehors de cette période, les malades n'ont jamais de crises. C'est donc une affection de cause connue et n'apparaissant que sous l'influence de cette seule cause.

Il n'en est pas de même pour la rhinite spasmodique apériodique. Cette affection se manifeste en toute saison, à la ville comme à la campagne, et la cause efficiente en est absolument indéterminée.

Des malades qui en sont atteints sont parfois parfaitement au calme pendant un séjour à la campagne à l'époque où sévit le rhume des foins.

Les causes déterminantes sont, sans doute, multiples ; nous connaissons deux cas intéressants

d'hypersensibilité spécifique nasale : un médecin, qui ne présente ni rhume des foins, ni rhinite spasmodique apériodique, qui n'est ni névropathe ni goutteux, présente une congestion oculo-nasale violente dès qu'il séjourne quelques instants seulement dans un laboratoire, si un flacon de formol de petite encolure y est débouché, même assez loin de lui.

L'autre cas est celui d'une de nos parentes, qui est instantanément prise d'éternuements paroxystiques avec rhinorrhée abondante si elle touche de l'ouate thermogène; elle n'est pas particulièrement sujette aux coryzas et aucune autre irritation ne lui provoque ces crises, qui cessent d'ailleurs aussitôt qu'elle ne manipule plus de l'ouate thermogène.

Il est sans doute de nombreux cas du même genre où l'irritant spécifique peut être déterminé.

Pour la rhinite spasmodique apériodique, nous pensons que l'irritation qui déclenche les crises est beaucoup plus complexe que dans le rhume des foins qui, lui, est provoqué par un agent spécifique : la protéine du pollen des graminées, tout comme les crises de congestion oculo-nasale que nous venons de signaler qui sont provoquées par les vapeurs de formol et la poussière d'ouate thermogène.

Il est, pensons-nous, permis de croire que la rhinite spasmodique apériodique est provoquée, chez des individus présentant une sensibilité particulière de la muqueuse nasale, par les poussières

en suspension dans l'atmosphère et aussi par les variations de la température et de l'état hygrométrique.

Pour quelques sujets, il existe un facteur psychique incontestable ; une malade nous a avoué que, faisant chaque jour le voyage en chemin de fer d'Enghien à Paris et ses éternuements lui ayant valu une regrettable célébrité sur la ligne, ses crises sternutatoires ne finissent qu'à Paris, si elle se trouve dans un compartiment où ses compagnons de voyage la plaisantent.

L'influence du changement brusque de température semble également bien établie. C'est, dans la grande majorité des cas, au moment où le malade sort du lit que les éternuements et la rhinorrhée se produisent ; ils ont lieu la nuit, si le dormeur se découvre.

Les causes provoquant les crises sont multiples et complexes. Une des malades que nous avons traitées nous a dit que son père, aussitôt après chacun de ses repas de midi et du soir, éternuait dix ou quinze fois, et cela tous les jours et sans écoulement nasal.

Une preuve de la complexité des facteurs étiologiques de cette affection est fournie par l'observation ci-dessous qui fit l'objet d'une communication à la Société de Laryngologie de Paris (Séance du 30 juin 1905) par le Dr C.-J. Kœnig de Paris (1).

1. Publiée dans les *Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, t. XX, no 5, 1905.

Guérison d'un cas de rhinite vaso-motrice après que tous les autres traitements avaient échoué, par l'administration de faibles doses d'iodure de potassium.

Il s'agit d'une demoiselle de 23 ans qui souffrait depuis deux ans d'attaques intenses de rhinite vaso-motrice, se manifestant en toutes saisons et dans tous les climats (Paris, bord de la mer, montagne, Vichy), par des étouffements violents et répétés, écoulement abondant de liquide séreux transparent, obstruction nasale, céphalée frontale, larmolement, rougeur des yeux, etc.

Ces attaques duraient quelques heures et se renouvelaient tous les jours, avec quelques rares et courtes périodes de rémission. La cause irritative semblait être d'origine extra-nasale, car il suffisait à la malade de sortir le bras du lit ou de rentrer du grand air dans un intérieur chauffé, ou *vice-versa*, pour être la victime d'une nouvelle attaque des plus pénibles. Elle était cependant bien mieux au grand air qu'à l'intérieur.

L'examen du nez ne révéla qu'une petite crête osseuse à gauche, ne gênant nullement la respiration et contre laquelle je ne jugeai pas, par conséquent, nécessaire d'intervenir.

Cette demoiselle était soignée depuis un an par un savant confrère spécialiste qui lui fit des cautérisations nasales, des insufflations d'air sec chaud, des pulvérisations de rhinalgol et lui prescrivit des douches générales et, à l'intérieur le mélange classique d'atropine et de strychnine. De ce traitement, elle n'éprouva aucune amélioration. Quand elle vint me consulter au mois de mai l'année dernière, j'essayai de nouveau le traitement à l'air sec chaud mais plus intensif, pendant plusieurs semaines, sans résultat. Je ne fus pas plus heureux avec le traitement

arsenical sous la forme de liqueur de Pearson. La quinine ne réussit pas plus. J'essayai alors les pulvérisations de solution d'antipyrine et d'adrénaline, les insufflations de poudre d'orthoforme préconisées par Lichtwitz en 1898. Pas de résultat.

Quoique je ne trouvasse pas l'iodure de potassium recommandé dans cette affection par les auteurs que j'avais en ma possession (Zarnico, Lermoyez, Grayson, Sajous, Moritz-Schmidt, White, etc.), je l'essayai sur la demande de la malade, à qui une vieille dame amie avait raconté avoir été atteinte dans sa jeunesse de la même affection et avoir été guérie par l'iodure. Par acquit de conscience, je le prescrivis donc, d'abord parce qu'il ne pouvait pas nuire à ma malade et ensuite parce que, possédant un pouvoir électif très net sur la pituitaire (coryza iodique), il pourrait agir ici en modifiant la circulation et la nutrition locales. Bien m'en a pris ! J'instituai le traitement au commencement de janvier de cette année en donnant après les deux repas, dans du lait, une cuillerée à café d'iodure de potassium, chaque cuillerée contenant 0 gr. 25 d'iodure, ce qui fit 0 gr. 50 par jour.

Comme par enchantement, et dès le début de ce traitement, les crises cessèrent et la malade n'en a pas eu une seule jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis six mois.

Je lui conseillai donc de faire ce traitement trois fois par an, pendant un mois chaque fois. Elle éternue quelquefois légèrement et le nez coule un peu, mais il n'y a plus de crises avec obstruction nasale, larmolement, rougeurs des yeux et céphalée. La malade se déclare dans le paradis.

On voit dans cette observation la guérison d'une rhinite spasmodique apériodique obtenue par une thérapeutique ordinairement inopérante, qui autorise à penser à une étiologie exceptionnelle.

La plupart des auteurs prétendent que cette affection frappe surtout les classes aisées. Nous nous bornerons à constater que les malades que nous avons traités étaient de toutes les classes : gens du monde, ouvriers, campagnards, et que les femmes semblent plus fréquemment atteintes que les hommes.

Pour quelques malades, le caractère familial de l'affection apparaît nettement ; l'observation XIV de Mme G., est typique à cet égard, puisque sa sœur, son oncle et son propre fils, âgé de 5 ans, présentent les mêmes symptômes.

Ajoutons que toutes les femmes que nous avons soignées voient leurs crises s'aggraver ou survenir au moment de l'apparition de leurs règles.

En résumé, la rhinite spasmodique apériodique offre deux symptômes communs avec le rhume des foins : congestion oculo-nasale avec éternuements paroxystiques et larmolement ; et asthme. Encore doit-on faire observer l'absence beaucoup plus fréquente des phénomènes asthmatiques dans la rhinite spasmodique apériodique que dans le rhume des foins.

On connaît la cause déterminante du rhume des foins ; on peut même, par la cuti-réaction, faire le diagnostic du pollen causal.

On ne connaît pas, à l'heure actuelle d'agent spécifique de la rhinite spasmodique apériodique, ou, plutôt, il existe autant de causes que d'individus.

Ces deux affections présentent des symptômes communs, mais il nous paraît rationnel de les séparer ; le simple « croisement » de leur symptomatologie ne nous semble pas, en effet, suffisant pour les considérer comme identiques.

Nous citerons à l'appui de la théorie que nous défendons un passage du prudent exorde de l'article de Detweiler dans *The Canadian Medical Association Journal* de janvier 1921 :

« ... Il y a tant d'autres conditions dans lesquelles les symptômes du rhume des foins sont « prédominants, qu'il serait sage de restreindre ce « terme aux cas où le facteur étiologique est le « pollen d'une ou plusieurs plantes. »

Avant la découverte de l'anaphylaxie, la rhinite spasmodique apériodique aurait pu être classée parmi les idiosyncrasies ; on est amené aujourd'hui à la considérer comme une rhinite anaphylactique, la substance sensibilisatrice provenant soit de l'extérieur, soit de l'organisme même du malade, mais étant le plus souvent inconnue.

Le fait que l'autosérothérapie désensibilisatrice est, dans la majorité des cas, efficace confirme cette manière de voir.

PATHOGÉNIE

De ce que nous avons dit sur l'étiologie de la rhinite spasmodique apériodique, il découle que la pathogénie de cette affection est loin d'être établie de façon indiscutée.

La théorie qui est le plus en faveur, c'est la théorie nasale, qui rend responsables des crises de rhinite spasmodique des malformations telles que : éperons de cloison, hypertrophie des cornets, polypes muqueux, etc.

Nous pensons que la rhinite spasmodique n'a pas une cause locale, mais qu'elle est l'expression d'une anaphylaxie indéterminée.

Le rhume des foins, lui, est une manifestation anaphylactique à l'égard des albumines du pollen des graminées ; la rhinite spasmodique apériodique survient lorsque l'organisme est sensibilisé par une albumine quelconque.

Nous rappellerons ici le cas publié par MM. Lermoyez et Widal (1), de ce marchand de moutons qui présenta des crises d'asthme provoquées par

1. F. Widal, Lermoyez, Et. Brissaud et Ed. Joltrain, *les Phénomènes d'ordre anaphylactique dans l'asthme. La crise hémoclasique initiale* (Presse médicale, 11 juillet 1914).

un séjour, même assez court, dans une étable de moutons : cet individu avait mis trente-cinq ans à être sensibilisé !

Il est permis de croire que tous les cas de rhinite spasmodique sont dus à une pathogénie semblable, mais le plus souvent impossible à déceler.

Certains cas de rhinite spasmodique apériodique ne sont pas des accidents anaphylactiques, mais des manifestations de colloïdoclasie dus à une cryesthésie particulière.

Et le fait que l'autosérothérapie améliore la plupart des cas — ceux dus à une anaphylaxie — autorise à admettre la présence constante, dans la circulation, d'albumines hétérogènes qui jouent, à l'égard de l'organisme, le rôle d'injection préparante.

Pour sanctionner cette conception nouvelle, nous pensons qu'on devrait remplacer la dénomination de *rhinites vasomotrices*, qui comprend le rhume des foins et la rhinite spasmodique apériodique, par les termes plus précis de : *rhinites anaphylactiques* (rhume des foins et rhinite spasmodique apériodique due à une anaphylaxie) et de : *rhinites colloïdoclasiques* (dont le type est la rhinite spasmodique apériodique *a frigore*).

SYMPTOMATOLOGIE

Le malade ne vient jamais consulter à la première atteinte de la rhinite spasmodique apériodique; il pense avoir un coryza plus violent et plus tenace que ceux qu'il a déjà eus, mais ne juge pas l'intervention du médecin nécessaire pour une affection qui, d'ordinaire, se termine spontanément sans incidents.

Ce n'est que lorsque les crises deviennent de plus en plus fréquentes et, le plus souvent, quotidiennes, que le patient, fatigué par ce perpétuel coryza, vient consulter le médecin.

I. *Symptômes subjectifs.* — Le malade raconte qu'il y a plusieurs mois il a été pris d'un coryza violent, avec crises d'éternuements interminables, qui a duré plusieurs jours. Après quelques semaines de calme, un nouveau coryza semblable s'est manifesté et, depuis, ces rhumes deviennent de plus en plus fréquents. Depuis quelques jours, ils sont quotidiens.

C'est, d'ordinaire, au réveil que les crises ont lieu; elles débutent par une sensation spéciale intra-nasale, sorte d'aura, caractérisée par des picotements rhino-pharyngés, puis, très rapide-

ment, surviennent les éternuements avec congestion conjonctivale, larmolement et rhinorrhée abondante, le malade mouillant cinq ou six mouchoirs.

La crise dure une, deux ou trois heures, quelquefois plus, quelquefois moins, s'accompagnant de céphalée plus ou moins marquée. Lorsque les crises sont très intenses, on remarque souvent un peu d'enrouement et de toux, par propagation de la poussée inflammatoire à la muqueuse laryngée.

Le plus souvent, après plusieurs crises, la fonction olfactive est atteinte et le malade accuse de l'anosmie, passagère ou permanente, ou une perversion de l'olfaction.

Les crises sont toujours apyrétiques.

Chez les sujets atteints depuis plusieurs années de rhinite spasmodique apériodique, on note parfois des crises d'asthme, mais ces symptômes bronchiques sont beaucoup moins fréquents que dans le rhume des foins.

Parmi les symptômes subjectifs, il en est d'ordre psychique : on connaît le cas, cité dans tous les traités, de cette jeune fille qui fut prise d'une crise de rhinite spasmodique dans une exposition de peinture, devant un tableau représentant une coupe de foins. Une autre observation du même genre est rapportée par Mac Donald : c'est une femme qui eut un accès en voyant une rose artificielle.

Nous avons cité plus haut le cas d'une malade qui a des crises d'éternuements sans fin si son

entourage la plaisante dès le début de sa crise.

II. *Symptômes objectifs.* — Si l'on examine les fosses nasales au cours d'une crise, on ne constate qu'une turgescence de la muqueuse des cornets, qui est bien plutôt le résultat de la crise que sa cause. En dehors des crises, la muqueuse ne présente le plus souvent rien d'anormal. Une seule des malades que nous avons traitées présentait un petit polype muqueux dans une fosse nasale ; ce polype enlevé, les crises ont continué comme par le passé et le traitement par l'autosérothérapie n'a d'ailleurs pas donné un résultat appréciable.

La conjonctivite est d'intensité très variable.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic avec le coryza aigu est facile : la rhinite spasmodique apériodique ne s'accompagne jamais de fièvre ; d'autre part, l'écoulement reste toujours séreux et ne devient point muco-purulent comme dans le coryza aigu.

Si le malade se présente à une époque où sévit le rhume des foins, on saura, par les commémoratifs, que la première atteinte remonte à une époque où le rhume des foins ne pouvait être mis en cause. De plus, dans le rhume des foins comme dans le coryza aigu, on constate fréquemment, à la fin des crises, une sécrétion nasale muco-purulente, qui ne se voit jamais dans la rhinite spasmodique apériodique.

L'hydrorrhée nasale, elle, ne s'accompagne pas d'éternuements paroxystiques ; c'est proprement la « goutte au nez » ; on la rencontre dans certaines affections nerveuses, comme l'hystérie, et quelques auteurs l'ont décrite comme un symptôme précoce de tabès.

L'hydropisie du sinus, affection rare, se distingue

facilement par l'absence de signes d'irritation réflexe et en inclinant la tête du malade de façon à « vider son sinus », on fera couler une certaine quantité de liquide séreux très limpide.

ÉTUDE DES MODIFICATIONS DE LA TENSION ARTÉRIELLE APRÈS LES INJECTIONS D'AUTOSÉRUM

Nous avons étudié les modifications de la tension artérielle après les injections d'autosérum sur le plus grand nombre des malades que nous avons traités ; nous n'avons pas pu faire ces recherches sur la totalité de nos malades à cause de la perte de temps qu'elle leur imposait et à laquelle on ne saurait contraindre des consultants.

Nous avons employé pour ces recherches l'oscillomètre de Pachon et nous nous sommes efforcé de rester toujours dans les mêmes conditions pour chaque malade afin de ne pas fausser les résultats : les observations ont été faites aux mêmes heures, le malade étant dans les mêmes conditions de vie et d'alimentation, et le bracelet de l'appareil toujours placé de la même façon.

Les cinq tableaux que l'on trouvera ci-dessous donnent les résultats des examens que nous avons pu faire sur cinq malades disposant d'assez de temps pour nous permettre de mesurer leur tension artérielle jusqu'à trois heures après l'injection.

Les quatre premiers tableaux se rapportent

à quatre femmes, le cinquième, à un homme.

Nous avons pris la tension artérielle de tous nos malades avant la première injection et un quart d'heure ou vingt minutes après, et toujours nous avons constaté une chute de la tension. Cette chute varie entre une demi-division et une division et demie du Pachon pour la tension maxima et une demi-division et une division pour la tension minima dans les vingt minutes qui suivent l'injection.

L'examen du tableau n° 1 est intéressant surtout pour les observations des 20, 22 et 24 septembre. Ces trois injections ont été faites avec le sérum du sang pris le 19 septembre.

Le 20 on note une baisse de la tension maxima d'une division et demie en vingt minutes et de deux divisions, une heure après l'injection; la tension minima ne baisse que d'une demi-division en vingt minutes et d'une division en une heure.

Le 22, le sérum datant par conséquent de trois jours, on n'obtient plus, vingt minutes après l'injection, qu'une baisse d'une demi-division et, quarante minutes après l'injection, d'une division pour la tension maxima; la tension minima ne baisse que d'une demi-division.

Le 24 septembre, il restait 4 centimètres cubes de sérum, datant donc de cinq jours; nous avons pensé qu'en raison de son ancienneté nous pouvions injecter cette dose sans risquer d'incidents; la suite des événements nous a prouvé notre

erreur et on trouvera dans l'observation IX le détail des accidents que provoqua cette injection de 4 centimètres cubes que nous n'avons plus recommencée. Vingt minutes après cette injection, la tension maxima baisse d'une division et demie et la minima d'une division.

Le tableau II donne les mesures obtenues après l'injection de 1 centimètre cube de sérum faite sept heures après la prise de sang : on observe une chute de la maxima d'une division et demie en vingt minutes, mais la minima ne baisse que d'une demi-division ; cette injection n'a d'ailleurs été suivie d'aucun incident.

Nous avons constaté dans le tableau I une chute identique de la maxima à la suite d'une injection de 2 centimètres cubes de sérum datant d'un jour et à la suite d'une injection de 4 centimètres cubes de sérum datant de cinq jours.

Les observations du 23 septembre du tableau II indiquent une baisse de la maxima d'une demi-division, vingt minutes après l'injection de 2 centimètres cubes de sérum trois jours après la prise de sang.

Le tableau V ne présente rien de particulier ; il indique les variations moyennes de la tension artérielle après les injections d'autosérum.

Il résulte de ces observations que l'activité du sérum varie en raison inverse du temps écoulé entre la prise de sang et l'injection, puisqu'on obtient les mêmes modifications de la tension

artérielle en injectant soit un centimètre cube de sérum datant de sept heures soit 2 centimètres cubes de sérum datant de vingt-quatre heures, soit 4 centimètres cubes datant de cinq jours.

Nous avons observé sur deux malades les effets du sérum chauffé sur la tension artérielle ; ce sont les résultats de ces observations qui constituent les tableaux III et IV.

Nous n'avons pas fait ces injections de sérum chauffé dans un but thérapeutique, mais uniquement pour comparer les variations de la tension artérielle qu'elles provoquent avec celles qui suivent les injections de sérum total. L'autosérothérapie doit, évidemment, se faire avec un sérum renfermant son alexine ; aussi, avons-nous pratiqué ces injections sur deux malades non améliorés par le traitement.

On constate également une baisse de la tension, mais cette baisse est moins marquée qu'avec le sérum total.

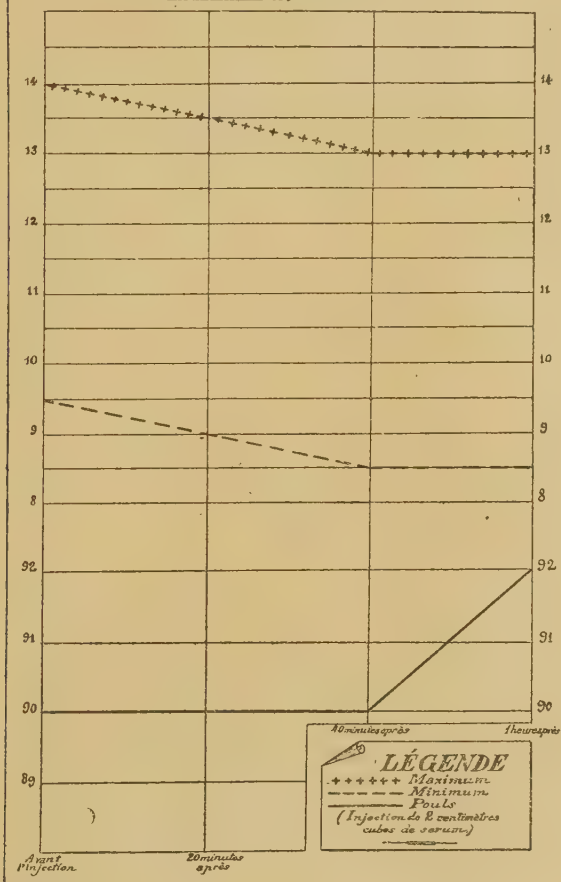
A la lecture du tableau III, on remarque une chute de la tension maxima d'une demi-division en vingt minutes et d'une division en quarante minutes ; la tension minima ne baisse que d'une division. Ces variations de la tension artérielle se sont produites après une injection de 4 centimètres cubes de sérum chauffé ; on les comparera avec celles qui ont suivi l'injection de 4 centimètres cubes de sérum total et que nous avons mentionnées plus haut.

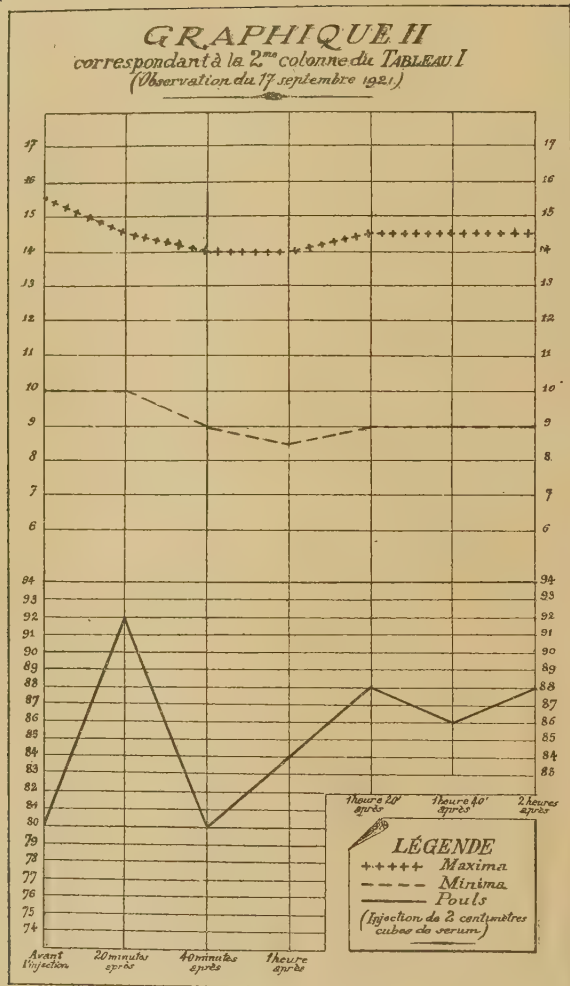
Les injections d'autosérum ne semblent pas avoir d'influence appréciable sur le pouls, qui ne présente pas de variations notables après l'opération.

Cette hypotension artérielle s'accompagne d'une leucopénie constante dont le tableau ci-dessous donne les résultats moyens :

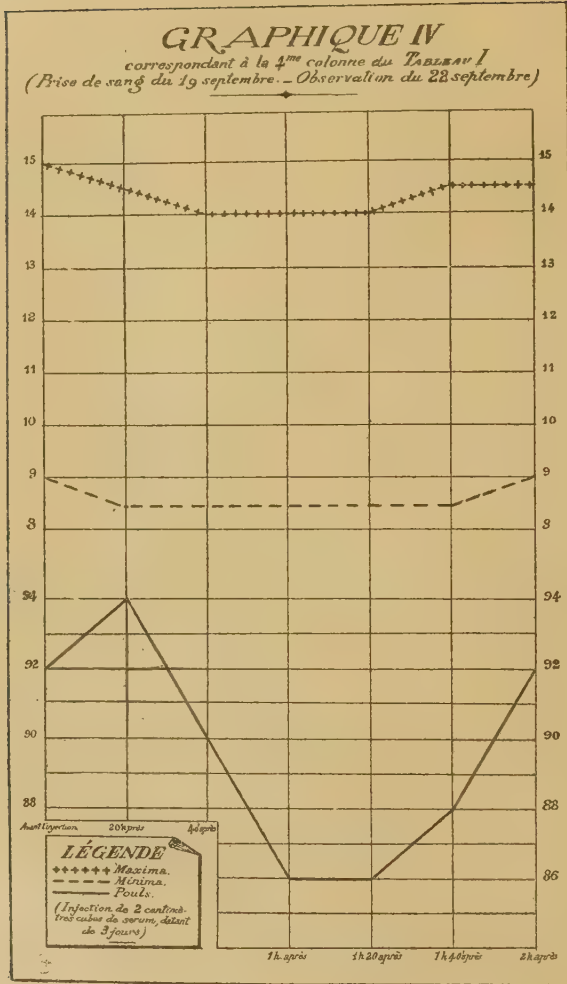
Leucocytes avant l'injection.	7.000
(Injection de 2 cm ³ de sérum de deux jours).	
Leucocytes 2 minutes après.	6.000
Leucocytes 1/4 d'heure après.	12.000

GRAPHIQUE I
correspondant à la 1^{re} colonne du TABLEAU I
(Observation du 13 septembre 1921)









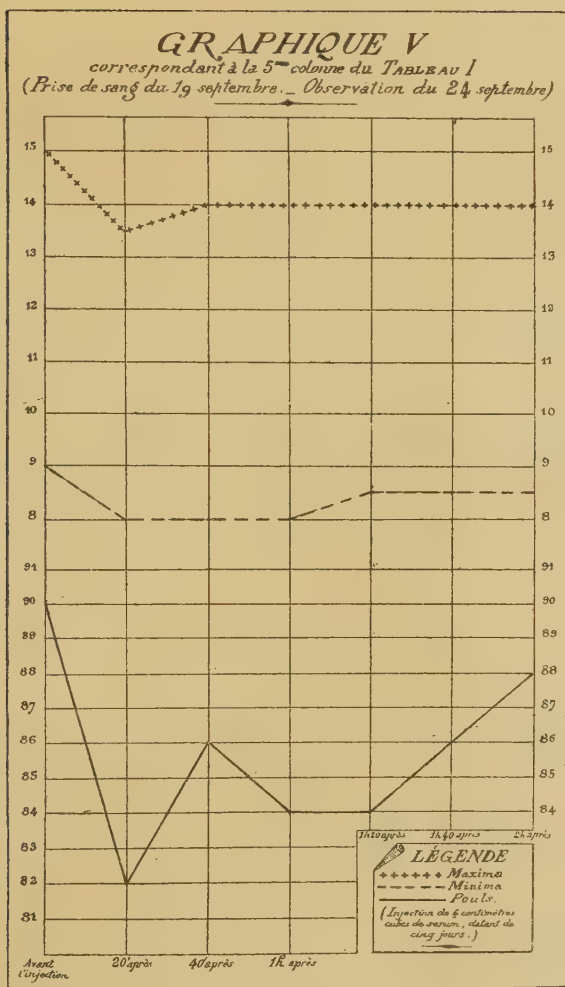


TABLEAU II

Prise de sang : 20 septembre à 11 heures.

Observation de la tension artérielle	20 septembre, 18 h. 1 cm ³ , 7 heures après la prise de sang			23 septembre 2 cm ³ , sérum de trois jours		
	Mx.	Mn.	P.	Mx.	Mn.	P.
Avant l'injection.	15	9,5	70	13,5	8,5	72
20 minutes après.	13,5	9	72	13	7,5	76
40 minutes après.	13,5	9	72	12	7,5	76
1 heure après...			..	12	8	72

TABLEAU III

Observation de la tension artérielle	4 centimètres cubes de sérum chauffé		
	Mx.	Mn.	P.
Avant l'injection.....	15	9	90
20 minutes après	14,5	8,5	88
40 minutes après.....	14	8,5	86
1 heure après.....	14	8,5	80
1 heure 20' après.....	14,5	8,5	76
1 heure 40' après.....	14,5	8,5	82
2 heures après.....	14,5	8,5	80

TABLEAU IV

Notation de la tension artérielle	Deux centimètres cubes de sérum chauffé		
	Mx.	Mn.	P.
Avant l'injection.....	11	8,5	56
20 minutes après.....	10,5	7,5	56
40 minutes après.....	10,5	8	58
1 heure après.....	10,5	8	56
1 heure 20' après.....	10,5	8	58

TABLEAU V

Notation de la tension artérielle	Deux centimètres cubes de sérum datant de quatre jours		
	Mx.	Mn.	P.
Avant l'injection.....	16	10,5	76
20 minutes après.....	15,5	10	72
40 minutes après.....	15	10	72
1 heure après.....	15	10,5	76
1 heure 20' après.....	15	10,5	76
1 heure 40' après.....	15,5	10,5	80

TECHNIQUE

La technique et le matériel de l'autosérothérapie sont extrêmement simples. Tout médecin peut appliquer facilement cette méthode.

Matériel. — Pour le matériel, point n'est besoin d'avoir à sa disposition un laboratoire. Le vrai laboratoire, c'est l'asepsie parfaite de l'opérateur dans tous ses actes.

Il faut et il suffit que l'on ait à sa disposition :

Une aiguille à ponction veineuse.

Un tube à essais assez large.

Un tube à hémolyse pour recueillir et conserver le sérum.

Une seringue de 2 centimètres cubes.

Avec ce matériel rudimentaire que tout médecin possède chez lui, il est facile de pratiquer un traitement par l'autosérothérapie.

Technique. — 1° *Prise de sang.* — La prise de sang se fait par ponction veineuse.

Nous n'insisterons pas sur cette opération, connue de tous. Pour prélever le sang, nous n'employons pas la seringue de 20 centimètres cubes ; nous le recueillons directement dans le tube à essai.

Vingt centimètres cubes de sang donnent environ 5 à 6 centimètres cubes de sérum, quantité suffisante pour une première série d'injections. Il va de soi qu'une nouvelle prise de sang serait faite si l'on venait à manquer de sérum.

2° *Récolte du sérum.* — Le tube à essais fermé par un bouchon d'ouate hydrophile stérile est déposé dans un ratelier et abandonné à la température du cabinet du médecin. Après six heures au moins et, mieux, après une dizaine d'heures, on peut facilement décoller le caillot des parois du tube par tapotements légers et transvider le sérum dans le tube à hémolyse.

Il est bon de conserver le sérum à l'abri de la lumière, dont l'action diminue l'activité de l'alexine.

3° *Injection du sérum.* — On fait les injections sous la peau, à la cuisse ou au bras. Nous commençons par injecter $1/2$ centimètre cube, six ou huit heures après la prise de sang ; le lendemain, 1 centimètre cube ; le troisième jour, 1 cmc. $1/2$; le quatrième jour, 2 centimètres cubes ; et les jours suivants 2 cmc. $1/2$ jusqu'à la huitième injection.

Nous n'avons jamais observé aucune réaction locale, ni aucun accident, en nous limitant aux doses ci-dessus indiquées.

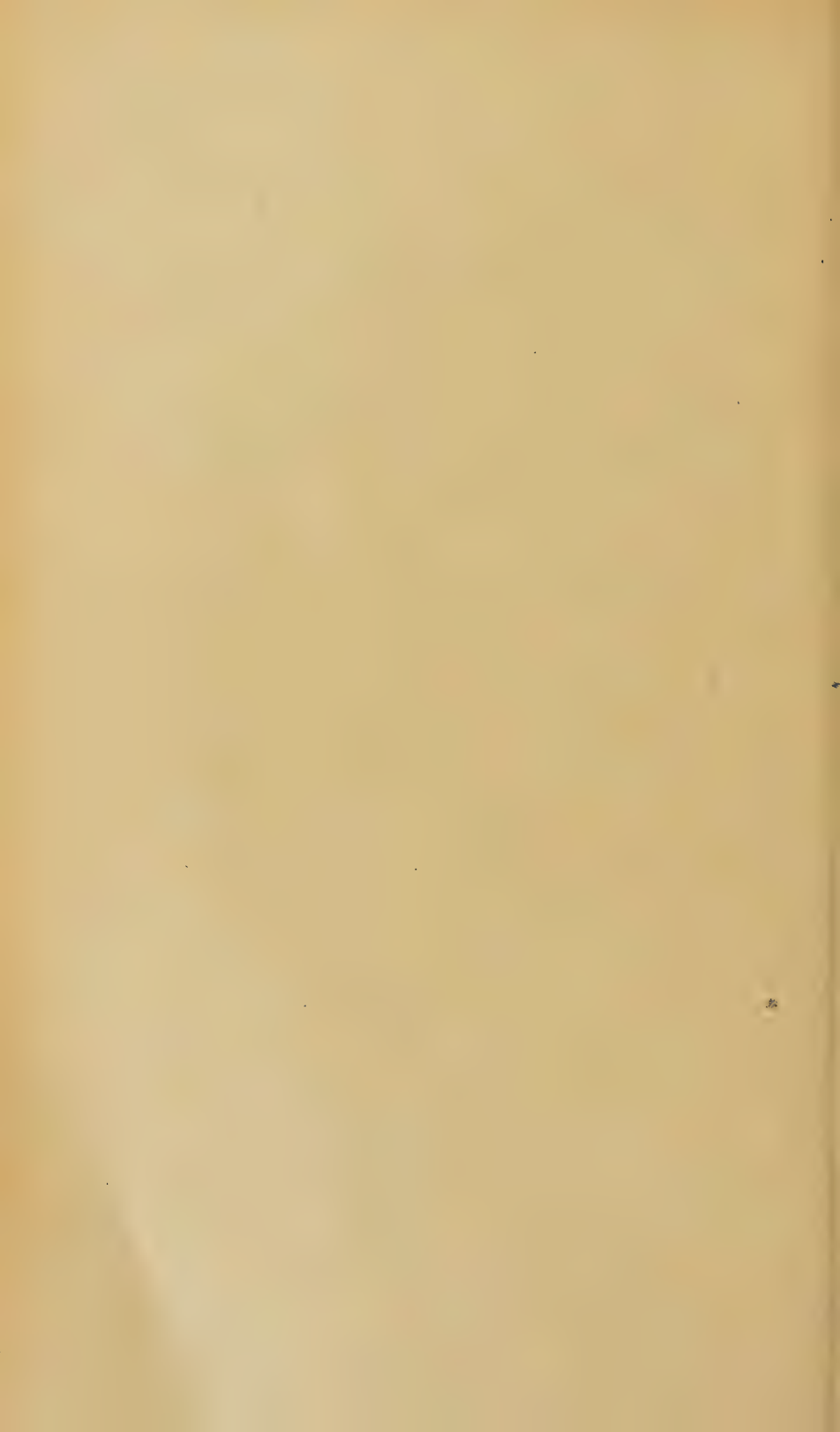
En général, les malades accusent, après la quatrième ou la cinquième injection, un peu de lassitude, quelquefois une légère diarrhée pendant un

jour ou deux, mais jamais de complications d'ordre général.

Seule, une de nos malades, Mlle E..., observation XI, a présenté des troubles gastro-intestinaux pendant plusieurs jours, avec poussée d'urticaire ; mais ces incidents se sont produits à la suite d'une injection de 4 centimètres cubes de sérum que nous lui avons faite pour étudier les variations de la tension artérielle qu'elle entraînerait.

L'autosérothérapie est véritablement un traitement d'une exécution simple pour le médecin et permettant au malade de continuer sa vie ordinaire sans aucune gêne.

Si cette méthode entre dans la pratique courante, comme il est souhaitable, elle est susceptible, maniée par des mains inhabiles, de provoquer des accidents qui pourront être graves. Qu'on ne les impute pas à la méthode qui, convenablement conduite, n'occasionne aucun incident.



OBSERVATIONS

Les dix-sept observations que nous publions sont, toutes, personnelles ; seize seulement des malades observés ont été soumis au traitement par l'autosérothérapie ; l'observation XIV n'a été publiée qu'en raison de l'intérêt qu'elle présente à cause du caractère familial très net de l'affection ; malheureusement, Mme G..., apeurée à l'idée d'une prise de sang, n'a pas voulu se soumettre au traitement et nous ne l'avons plus revue après une unique consultation.

Tous les malades que nous avons soumis à l'autosérothérapie présentaient des signes très nets de rhinite spasmodique apériodique sans lésions nasales ; pas d'hypertrophie des cornets inférieurs ou moyens, pas de crêtes ou de déviation notable de la cloison, pas de polypes.

Les malades ne présentaient aucun signe de sinusite ; l'examen des fosses nasales et la transillumination des sinus les révélaient sains.

Sur les seize malades traités, nous avons eu :

Onze guérisons (observations I, II, III, VI, VIII, IX, XI, XIII, XIV, XVI, XVII).

Une amélioration très notable (observation VII).

Cinq malades n'ont pas eu de rémission appréciable.

A quoi tiennent ces échecs ? Il nous serait très difficile de le dire ; car, si ces malades présentaient des symptômes, certes, extrêmement marqués, nous en avons parmi les onze guéris qui étaient aussi sévèrement atteints.

OBSERVATION I

Mme W..., 36 ans.

Rhinite spasmodique, survenue en été 1917 à la suite d'un coryza aigu. Dès le début, hydroporrhée abondante avec éternuements fréquents. La malade mouillait environ vingt mouchoirs par jour, souvent même les remplaçait par des serviettes de toilette. Deux mois avant son coryza, la malade avait eu des coliques néphrétiques avec oligurie. De plus, maladie rhumatisante. Galvano-cautère et séjour à la mer de quinze jours avaient tari pendant ce laps de temps cette hydroporrhée, il y a deux ans, mais dès son retour à Paris, l'écoulement recommença, abondant.

Belladone inefficace ; aérothermothérapie tous les deux jours semble arrêter cette hydroporrhée, mais quelques heures après elle recommence.

Prise de sang le 12 août 1921, 20 centimètres cubes, à 10 heures.

12 août, 21 h. 1/2, première injection de 1/4 de centimètre cube.

14 août, 11 heures, deuxième injection, 1/2 centimètre cube.

15 août, 11 heures, nouvelle prise de sang.

16 août, 11 heures, troisième injection, 1 centimètre cube. Amélioration.

18 août, 10 heures, quatrième injection, 1 cme. 1/2. A une légère crise, très atténuée, ce matin éternuements moins nombreux et hydorrhée beaucoup plus discrète.

19 août, 11 heures, cinquième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'écoulement, pas d'éternuements depuis hier.

22 août, sixième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'écoulement jusqu'à hier soir, où la malade étant sortie après dîner par un temps très humide a ressenti nettement qu'elle « prenait froid » ; son nez a coulé et elle a eu quelques éternuements jusqu'à son coucher.

Ce matin, léger écoulement sans éternuements, pendant dix minutes environ.

En définitive, amélioration considérable malgré une baisse de température subite et un état hygrométrique pouvant faciliter des crises de rhinite spasmodique.

24 août, septième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'écoulement ni d'éternuements.

26 août, huitième injection, 1 centimètre cube (fin du sérum). Très rares éternuements, 2 ou 3, et pas d'écoulement nasal.

La malade est très heureuse de l'amélioration surprenante qu'elle a obtenue si rapidement et qu'aucun traitement, elle les a tous subis, ne lui avait apportée.

1^{er} septembre, le lendemain de sa dernière injection, la malade ayant un violent mal de tête a pris un cachet d'aspirine, espérant qu'elle n'aurait plus les grosses crises de rhinite spasmodique que provoquait toujours l'absorption d'antipyrine ou d'aspirine. La crise a eu lieu comme de coutume, très violente pendant deux jours. Après ces deux jours, plus rien.

24 septembre, Mme W... revient nous voir après une grippe, au cours de laquelle son nez ne lui a provoqué aucun ennui et elle continue à aller très bien au point de vue nasal.

OBSERVATION II

Mme G..., 36 ans.

Rhinite spasmodique ayant commencé il y a dix ans chez une malade sujette à des coryzas fréquents depuis l'âge de six ans.

Trente à quarante éternuements au début des crises. Mouillait sept ou huit mouchoirs par jour. Malade du Nord, prétendant que depuis son séjour à Paris (1918) elle a constaté une amélioration. En 1919, cautérisation. Amélioration pendant un an. En septembre 1920, le nez a recommencé à couler.

Le frère de la malade est également atteint de coryza chronique.

Prise de sang, 20 centimètres cubes le 12 août à 10 h.

12 août, à 19 heures, première injection, 1/4 de centimètre cube.

13 août, à 17 heures, deuxième injection, 1/2 centimètre cube.

14 août, à 11 heures, troisième injection, 1/2 centimètre cube.

15 août, à 11 heures, quatrième injection, 1 centimètre cube et nouvelle prise de sang.

16 août, à 11 heures, cinquième injection, 1 centimètre cube. Amélioration notable.

17 août, à 11 heures, sixième injection, 1 cmc. 1/2.

19 août, à 11 heures, septième injection, 2 centimètres cubes.

La malade qui mouillait sept à huit mouchoirs par jour n'en salit plus qu'un dans sa journée ; éternuements rares au moment où elle sort de chez elle, le matin.

22 août, huitième injection, 2 centimètres cubes.

La malade a eu avant-hier (le lendemain de la 7^e injection) une très forte crise d'hydrorrhée avec éternuements,

« peut-être la plus forte crise que j'aie jamais eue », dit-elle.

Hier et ce matin, pas d'écoulement.

26 août, la malade s'est fait le 23 août une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche, qui l'a empêchée de venir avant aujourd'hui.

Depuis sa dernière crise, le 22, elle n'a ni éternué ni eu de rhinorrhée et elle ne sort plus maintenant qu'avec un seul mouchoir, qu'elle ne salit pas. Neuvième injection, 2 centimètres cubes.

29 août, dixième injection, 2 centimètres cubes. La malade n'a éternué que deux ou trois fois depuis le 26 et n'a pas d'écoulement nasal.

8 septembre, la malade, qui est allée passer une dizaine de jours à la campagne, n'a éternué qu'exceptionnellement, et elle n'a pas eu de rhinorrhée proprement dite : deux ou trois fois elle a *mouché comme de l'eau*, dit-elle.

C'est la malade qui insiste pour que nous lui fassions une nouvelle série d'injections, pour « finir tout à fait ».

Prise de 20 centimètres cubes de sang.

9 septembre, 10 heures, première injection, 1 centimètre cube.

10 septembre, 10 heures, deuxième injection, 1 cmc. 5. La malade va très bien.

13 septembre, 10 heures, troisième injection, 2 centimètres cubes. Très bien.

16 septembre, 10 heures, quatrième injection, 2 centimètres cubes. Très bien.

OBSERVATION III

Mlle L..., 28 ans, rhinite spasmodique.

Début, il y a deux ans et demi, à la suite d'un coryza. Grippe en 1918. Père atteint de rhinite spasmodique d'après la malade.

Sept ou huit éternuements au début des crises. Hydrorrhée nasale pas très abondante. C'est la *goutte au nez* : depuis deux ans a mouillé un ou deux mouchoirs par jour. Insuffisance rénale à la suite de sa grippe. Œdème malléolaire de temps en temps. Traces d'albumine en mai 1921.

Prise de sang le 16 août 1921, à 11 heures.

17 août, première injection, $1/4$ de centimètre cube à 10 heures.

18 août, deuxième injection, $1/2$ centimètre cube à 10 heures.

19 août, troisième injection, 1 centimètre cube à 10 heures.

Amélioration sensible.

20 août, quatrième injection, 1 centimètre cube à 10 heures.

Seconde prise de sang (20 cmc).

21 août, cinquième injection, un centimètre cube.

Pas d'écoulement nasal.

22 août, sixième injection, 2 centimètres cubes. Pas de goutte au nez depuis la troisième injection.

23 août, septième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'écoulement.

24 août, huitième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'écoulement.

26 août, neuvième injection 2 centimètres cubes. La malade est très bien ; pas d'éternuements, pas de goutte au nez.

1^{er} septembre, amélioration acquise continue.

8 septembre, la malade vient nous remercier de sa *guérison*. Elle n'éternue plus et mouche normalement. Elle est surtout heureuse d'être débarrassée de la sensation de lourdeur qu'elle éprouvait continuellement à la tête. Elle part pour la campagne où elle se propose de séjourner deux mois.

OBSERVATION IV

Mlle M..., 29 ans.

Deux fois opérée de polypes du nez en 1911 et 1918. Avant l'ablation des polypes, la malade se plaignait déjà d'éternuements et d'un écoulement nasal assez abondant. Après l'opération de 1918 amélioration qui a duré trois ans environ, mais depuis le printemps 1921 les éternuements ont reparu plus fréquents avec hydorrhée abondante à la suite des éternuements. Pilules quinine et belladone sans effet ; solution atropo-strychnée de Lermoyez est restée inefficace. Aérothermothérapie sans action.

Prise de sang le 17 août 1921, à 17 heures, 20 centimètres cubes.

18 août, à 10 heures, première injection, 1/2 centimètre cube.

19 août, 10 heures, deuxième injection, 1/2 centimètre cube.

20 août, 10 heures, troisième injection, 1 centimètre cube.

23 août, prise de 20 centimètres cubes de sang.

24 août, quatrième injection, 1 centimètre cube. Ecoulement nasal sans changement.

25 août, cinquième injection, 2 centimètres cubes. N'a éternué qu'une dizaine de fois, ce matin, au lieu de la soixantaine d'éternuements quotidiens au réveil. Pas de rhinorrhée.

26 août, sixième injection, 2 centimètres cubes. A éternué cinq fois seulement ce matin sans rhinorrhée. Amélioration sensible.

1^{er} septembre, 10 heures, prise de 25 centimètres cubes de sang.

2 septembre, 10 heures, septième injection, 1 centimètre cube.

3 *septembre*, 10 heures, huitième injection, 2 cmc. 1/2.
Éternuements et écoulement très diminués.

6 *septembre*, 10 heures, neuvième injection, 2 cmc. 1/2.
Aucune amélioration.

8 *septembre*, 10 heures, dixième injection, 2 cmc. 1/2.
Aucune amélioration.

12 *septembre*, 10 heures, onzième injection, 2 cmc. 1/2.
Aucune amélioration quant aux éternuements et à l'écoulement nasal ; mais la malade se trouve satisfaite par la disparition complète de la céphalée persistante qui la fatiguait beaucoup.

13 *septembre*, 10 heures, douzième injection. Fin du traitement. Mêmes observations que la veille.

20 *septembre*, éternuements et rhinorrhée sans changement. Prise de sang à 10 heures.

21 *septembre*, 10 heures, destruction de l'alexine par chauffage du sérum à 56 degrés.

Première injection, 1 centimètre cube.

OBSERVATION V

M. S..., 36 ans.

Rhinite spasmodique ayant commencé en octobre 1920 à la suite d'un coryza aigu. Trente à quarante éternuements par jour. Hydrorrhée abondante mettant entrave au travail habituel du malade (il est, en effet, garçon de restaurant). Cet écoulement s'arrête quelquefois quatre à cinq jours, période pendant laquelle le malade « se sent le nez sec ». A la moindre fraîcheur ou à la simple introduction de pom-made dans le nez les éternuements recommencent, parfois vingt fois sans arrêt et le nez coule « comme une fontaine ».

Prise de sang le 18 août 1921, à 11 heures, 20 centimètres cubes.

19 août, 11 heures, première injection, 1/4 de centimètre cube.

20 août, 10 heures, deuxième injection, 1/2 centimètre cube.

21 août, 10 heures, troisième injection, 1 centimètre cube. « Je n'ai éternué que trois fois ce matin : je suis très « content... » nous dit le malade.

22 août, 10 heures, quatrième injection, 1 centimètre cube. Pas le moindre éternuement ; pas le moindre écoulement. Deuxième prise de sang de 20 centimètres cubes.

23 août, 10 heures, cinquième injection, 1 cmc. 1/2. Pas le moindre écoulement ni éternuement.

24 août, sixième injection, 2 centimètres cubes. Très légère crise hier après-midi, en durée et en intensité. Ce matin, rien.

25 août, septième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'écoulement ni d'éternuement hier et ce matin.

26 août, huitième injection, 2 centimètres cubes. Ni éternuements, ni rhinorrhée.

2 septembre, le malade a été très bien jusqu'au 31 août à 7 heures du soir. Il a eu alors une grosse crise d'éternuements avec rhinorrhée, qui a duré jusqu'à 23 heures.

Le lendemain, très léger écoulement, aujourd'hui, rien.

9 septembre, le malade est parti pour la campagne le 3 septembre. Il n'a éternué que deux ou trois fois chaque matin, et n'a pas eu d'écoulement nasal assez marqué pour l'importuner. Il est considérablement amélioré et se montre très satisfait.

Prise de 20 centimètres cubes de sang pour faire une nouvelle série d'injections.

10 septembre, 14 heures, première injection, 1 centimètre cube.

Le malade n'a eu ni éternuements, ni écoulement nasal.

12 septembre, 10 heures, deuxième injection, 1 cmc. 1/2. Très bien.

13 septembre, 15 heures, troisième injection, 1 cmc. 1/2.

14 septembre, crise d'une extrême violence, le malade étant obligé de s'aliter, *mouillant plusieurs serviettes-éponge et éternuant pour ainsi dire sans arrêt pendant plusieurs heures.*

OBSERVATION VI

Mme J..., 32 ans.

Rhinite spasmodique remontant à toujours. Mère atteinte également de rhinite spasmodique. Alternatives d'hydroporrhée et de sécheresse gênante de la muqueuse nasale. Depuis son enfance, la malade n'est jamais restée pendant plus de six mois — et exceptionnellement — sans crises d'hydroporrhée.

Actuellement, reprise de l'écoulement et des éternuements depuis quelques jours.

Prise de sang, 20 centimètres cubes le 20 août 1921 (à 10 heures).

21 août, à 10 heures, première injection, $\frac{1}{3}$ de centimètre cube.

22 août, à 14 heures, deuxième injection, 1 centimètre cube.

La malade est en pleine crise : depuis ce matin elle a son mouchoir sous le nez après une série d'éternuements.

23 août, à 14 heures, troisième injection, 1 cmc $\frac{1}{2}$.

Hier la crise s'est arrêtée pendant l'après-midi, ce qui ne se produisait jamais ; quand la malade commençait la journée avec « son rhume » comme elle dit, cela durait jusqu'au coucher au moins, et souvent plusieurs jours. Ce matin, petite crise sans importance : $\frac{1}{2}$ heure environ.

24 août, quatrième injection : 2 centimètres cubes. Pas d'écoulement. N'a eu ce matin que cinq éternuements, alors qu'à l'ordinaire la malade éternue, dans ses meilleurs jours, à plusieurs reprises dans la matinée.

25 août, cinquième injection, 2 centimètres cubes. A

éternué une seule fois ce matin ; pas d'écoulement. La malade et son entourage sont très heureux du résultat obtenu.

30 août, la malade présente un léger coryza *banal* depuis hier, mais elle a fait 160 kilomètres avant hier dimanche en auto découverte ; malgré cela, son nez coule très peu et elle a éternué une dizaine de fois ce matin seulement.

12 septembre, le coryza que présentait la malade le 30 août à la suite de sa randonnée en automobile a évolué très simplement en deux jours. Depuis, elle n'a eu ni éternuements, ni écoulement.

16 septembre, la malade a eu une légère crise qui a duré une matinée seulement. En résumé, elle a des crises beaucoup moins fréquentes et beaucoup moins violentes qu'avant le traitement.

22 septembre, l'amélioration acquise persiste, la malade n'éternue que rarement le matin ; mais elle n'a plus « son rhume ».

4 décembre, nous avons rencontré aujourd'hui, par hasard, en ville, Mme J..., elle se considère comme guérie, n'ayant que de très rares éternuements et ne souffrant plus de son perpétuel coryza.

OBSERVATION VII

Mlle de P..., 43 ans. Rhinite spasmodique ayant commencé il y a quinze ans environ.

Depuis l'âge de quatorze ans, la malade s'est aperçue qu'elle mouchait des croûtes très petites (au dire de sa mère). Vers l'âge de vingt-cinq ans environ, le nez a commencé à *couler comme une fontaine*. Cette hydorrhée s'est encore accentuée durant ces quatre dernières années. La malade est obligée de garder tout le temps son mouchoir sous le nez. N'a jamais beaucoup éternué : dix fois au maximum.

Etat général mauvais. Appareil respiratoire suspect.

29 août, 10 heures, prise de sang, 10 centimètres cubes.

30 août, 10 heures, première injection, 1/2 centimètre cube.

31 août, deuxième injection, 1/2 centimètre cube.

1^{er} septembre, 10 heures, troisième injection, 1 cmc. 1/2.

2 septembre, 10 heures, quatrième injection, 2 centimètres cubes. Deuxième prise de sang, 20 centimètres cubes.

3 septembre, 10 heures, cinquième injection, 2 centimètres cubes.

Amélioration notable.

5 septembre, 10 heures, sixième injection, 2 centimètres cubes. Petite crise d'hyorrhée hier; pas d'éternuements.

6 septembre, 10 heures, septième injection, 2 centimètres cubes.

Amélioration très notable.

8 septembre, 10 heures, huitième injection, 2 centimètres cubes. La malade n'a pas éternué, mais son nez a coulé comme de coutume.

12 septembre, 10 heures, neuvième injection, 1 centimètre cube (fin du sérum). Pas d'amélioration notable. Prise de sang, 20 centimètres cubes.

13 septembre, 10 heures. Destruction de l'alexine par chauffage à 55-56 degrés pendant vingt minutes. Première injection de sérum chauffé 2 centimètres.

15 septembre, deuxième injection, 1 centimètre cube.

19 septembre, troisième injection, 1 centimètre cube.

La malade a moins d'éternuements et son nez coule un peu moins mais elle n'est qu'améliorée.

OBSERVATION VIII

Mme H..., 21 ans. A toujours eu facilement des coryzas, mais depuis le mois d'août 1920, époque de la naissance de son enfant, la malade est constamment enrhumée du cerveau : éternuements et rhinorrhée. Entre ces coryzas, il n'y a souvent que deux ou trois heures de répit.

Pas de troubles du côté des règles. Urines normales en quantité. Odorat atténué pendant les crises. Légère hypertrophie des cornets inférieurs. Pas d'hérédité.

29 août, à 19 heures, prise de sang, 20 centimètres cubes de sang.

30 août, 18 heures, première injection, 1/2 centimètre cube. Eternuements et rhinorrhée sans changement.

31 août, 18 heures, deuxième injection, 1 centimètre cube. Eternuements et rhinorrhée sans changement.

1^{er} septembre, 12 heures, troisième injection, 1 cmc. 1/2. Diminution notable de l'écoulement et pas d'éternuements.

2 septembre, 18 heures, quatrième injection, 2 centimètres cubes. Très améliorée.

3 septembre, midi, cinquième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'écoulement, pas d'éternuements.

5 septembre, la malade est très bien. Elle n'a éternué que deux fois hier matin. « Je n'ai jamais été aussi bien », dit-elle. Nous la remettons à huit jours.

12 septembre, 18 heures. Depuis huit jours, la malade n'a éternué qu'un seul jour cinq fois. Pas d'écoulement. Prise de sang, 20 centimètres cubes.

13 septembre, 10 heures, première injection, 1 centimètre cube.

14 septembre, 18 heures, deuxième injection, 1 cmc. 1/2.

La malade a eu aujourd'hui une très violente crise, coïncidant avec le premier jour des règles.

16 *septembre*, 18 heures, troisième injection, 2 centimètres cubes. Hier, pas d'éternuements, pas d'écoulement. Ce matin, petite crise.

19 *septembre*, 12 heures, quatrième injection, 1 cmc. 1/2. Amélioration très notable.

21 *septembre*, la malade n'a pas éternué et n'a pas eu de coryza depuis deux jours. Injection de 2 centimètres cubes.

23 *septembre*, amélioration continue; nous renvoyons la malade à quinze jours.

7 *octobre*, la malade se considère comme guérie. Plus d'éternuements et plus de coryza.

OBSERVATION IX

Mlle E..., 18 ans. Rhinite spasmodique ayant commencé à l'âge de 10 ans, à la suite d'un enrrouement qui a duré vraisemblablement trois semaines.

La malade prétend que la crise d'éternuements (10 environ) se calmait dès qu'elle avait pris son petit déjeuner du matin. Le nez ne coulait presque pas à cette époque. La petite malade habitait à ce moment-là Paris.

A l'âge de 15 ans, la malade quitta Paris, pour aller habiter Etampes. Dès son arrivée dans cette ville, elle a commencé à éternuer davantage : trente fois environ. L'hydrorrhée nasale devint aussi plus abondante : deux mouchoirs par jour.

Au moment des règles et surtout le premier jour, la malade dit qu'elle éternue davantage et l'hydrorrhée est abondante. Etat général bon.

6 *septembre*, 10 heures, prise de sang, 20 centimètres cubes.

7 septembre, 10 heures, première injection, 1/2 centimètre cube.

8 septembre, 10 heures, deuxième injection, 1 centimètre cube.

9 septembre, 10 heures, troisième injection, 1 cmc. 1/2.

10 septembre, 10 heures, quatrième injection, 2 centimètres cubes.

Amélioration brusque depuis hier. N'a éternué ce matin que quatre fois et n'a pas mouché.

13 septembre. — 9 heures, cinquième injection, 2 cmc. La malade va très bien.

17 septembre. — 9 heures, sixième injection, 2 cmc.

20 septembre. — 9 heures, septième injection, 2 cmc. L'amélioration s'affirme. La malade n'éternue pas et accuse la sensation de « nez sec ».

22 septembre. — 9 heures, huitième injection, 2 cmc.

24 septembre. — 9 heures, neuvième injection, 4 cmc. (sérum datant de 5 jours).

20 octobre 1921. — Après la dernière injection de sérum, qui était de 4 cmc. et qui avait été faite à 10 heures du matin, la malade ressentit vers 14 heures une violente congestion de la face, avec sensation de cuisson dans les yeux et dans le nez. Peu après des plaques rouges apparurent à la face, avec démangeaisons violentes ; ces plaques persistèrent quatre jours à la face seulement, sans aucun trouble de l'état général.

Le jeudi 29 septembre — cinq jours après l'injection de 4 cmc. — la malade fut prise le matin au réveil de vertiges, avec troubles de la vue et pâleur exagérée de la face. Ces troubles durèrent deux jours et, dans la nuit du vendredi au samedi, la malade fut prise de nausées, de vomissements alimentaires, puis bilieux, avec diarrhée abondante. Les vomissements cessèrent le lendemain, mais la diarrhée persista aussi abondante pendant une douzaine de jours : sept à huit selles par jour.

La malade était dans un état d'asthénie complète, avec fièvre et courbature.

Au bout de ces douze jours, la malade fut réglée une seconde fois dans le mois (elle est d'ordinaire très bien réglée) 17 jours après la première fois. Dès l'apparition de ces nouvelles règles, la diarrhée et les vomissements cessèrent, les plaques rouges disparurent et l'état général redevint bon.

Ces incidents doivent, pensons-nous, être imputés à l'injection d'une quantité trop grande de sérum.

Quoi qu'il en soit, l'état de Mlle E... au point de vue nasal est resté parfait. Elle n'a plus ni éternuements, ni rhinorrhée.

OBSERVATION X

Mme X..., 39 ans, infirmière dans une maternité.

Rhinite spasmodique, présentant les phénomènes maxima : céphalée intense, rhinorrhée abondante, crises d'éternuements fréquentes diurnes et nocturnes.

L'affection a débuté il y a une dizaine d'années, sans cause directe. Au début, les crises étaient surtout marquées aux premiers jours des règles, puis elles devinrent de plus en plus fréquentes, pour être actuellement subintrantes. La malade n'a que rarement cinq ou six jours de répit.

Sa mère et son grand-père maternel présentaient des symptômes analogues, toutefois moins marqués.

Mme X... a suivi tous les traitements susceptibles d'amender les symptômes qu'elle présente ; aucun ne lui a apporté de soulagement réel.

13 *septembre* 1921, 10 heures, prise de 20 centimètres cubes de sang. A 18 heures, première injection, 1/2 centimètre cube.

14 *septembre*, 9 heures, deuxième injection, 1 centimètre cube.

15 *septembre*, 18 heures, troisième injection, 1 centimètre cube.

16 *septembre*, 10 heures, quatrième injection, 2 centimètres cubes.

17 *septembre*, 10 heures, cinquième injection, 1 cmc. 1/2. Prise de 20 centimètres cubes de sang.

18 *septembre*, 10 heures, sixième injection, 2 centimètres cubes.

19 *septembre*, 10 heures, septième injection, 2 centimètres cubes.

20 *septembre*, 10 heures, huitième injection, 1 centimètre cube.

Depuis la quatrième injection, la rhinorrhée est moins abondante et les crises d'éternuements sont moins fréquentes et plus courtes.

Cette amélioration, apparue brusquement, ne s'est pas accentuée depuis la quatrième injection.

Après un repos de dix jours, pendant lesquels la malade a eu plusieurs crises, nous faisons dans les conditions ordinaires une série de sept injections, après lesquelles l'amélioration est, pour ainsi dire, nulle.

Peut-être l'emploi de Mme X..., infirmière dans une maternité, passant plusieurs fois par jour de salles chauffées à 27 degrés et 28 degrés à la température extérieure, n'est-il guère compatible avec le traitement d'une rhinite spasmodique ; nous ne cherchons pas d'excuses, mais simplement une explication.

OBSERVATION XI

Mme T..., 23 ans. Rhinite spasmodique. Début remontant au jour où la malade a été réglée, savoir 13 ans. Depuis cet âge, tous les mois, au moment des règles, le

nez coulait et la malade éternuait sept ou huit fois. Cette crise durait un jour.

Jusqu'à l'âge de vingt ans, ces accès se répétaient tous les mois à la même époque. Depuis, les crises sont devenues plus fréquentes, tous les quinze jours, et enfin depuis un an, sans arrêt. Tous les matins, au réveil, la crise apparaît : picotements à la racine du nez, les yeux pleurent, les oreilles bourdonnent, et la malade éternue dix fois au moins sans arrêt.

Hydorrhée peu abondante, la malade mouille à peine un mouchoir. Après la crise, la malade se sent abattue, éprouve de violents maux de tête.

L'accès apparaît, d'après la malade, tous les matins vers sept heures et si elle va au théâtre ou veille plus que de coutume, elle est obligée de rester plus tard le matin au lit pour éviter une plus grosse crise.

N'a jamais consulté pour cette affection.

16 *septembre*, 11 h. 30, 20 centimètres cubes, 19 heures, première injection, 1 centimètre cube.

17 *septembre*, 11 heures, deuxième injection, 2 centimètres cubes.

19 *septembre*, 10 heures. Prise de sang, 20 centimètres cubes. A 18 heures, troisième injection, 1 cmc. 1/2.

20 *septembre*, 11 heures, quatrième injection, 2 centimètres cubes.

21 *septembre*, 11 heures, cinquième injection, 2 centimètres cubes.

La malade, depuis la troisième injection, a constaté une amélioration considérable. Elle n'éternue qu'exceptionnellement et mouche normalement.

23 *septembre* 18 heures, sixième injection, 2 centimètres cubes.

24 *septembre*, 11 heures, septième injection, 2 centimètres cubes.

Amélioration persistante.

OBSERVATION XII

Mme L..., 42 ans. Rhinite spasmodique ayant débuté il y a dix ans, à la suite d'une grippe, par des crises d'éternuements quotidiennes plus fréquentes au moment des règles. Rhinorrhée peu abondante. Au début de la guerre, la malade quitta Paris pour le Midi où elle séjourna durant trois ans ; pendant cette période, les crises furent moins fréquentes et les éternuements disparurent. A son retour à Paris en décembre 1918, les accès redevinrent fréquents. La malade éternue cinquante fois au moins par jour et, phénomène nouveau, la rhinorrhée est devenue très abondante depuis son retour de province : elle mouille cinq à six mouchoirs par jour.

La crise matinale est parfois si violente qu'elle oblige la malade à garder le lit. Depuis quelques jours, Mme L... prend tous les matins un peu d'antipyrine, qui la calme durant la journée, mais le soir la crise recommence.

Rhumatisme poly-articulaire, règles irrégulières. En novembre 1920, la malade avait subi des cautérisations de la muqueuse des cornets qui avaient amené une amélioration passagère de trois semaines.

21 *septembre*, à 10 heures, prise de sang 20 centimètres cubes. A 18 heures, première injection, 1 centimètre cube.

22 *septembre*, 10 heures, deuxième injection, 2 centimètres cubes.

23 *septembre*, 11 heures, troisième injection, 2 centimètres cubes.

24 *septembre*, 11 heures, quatrième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'amélioration.

25 *septembre*, 11 heures, cinquième injection, 2 centimètres cubes. Pas d'amélioration.

OBSERVATION XIII

M. H..., 28 ans, tourneur.

Rhinite spasmodique apériodique ayant débuté en janvier 1919, à la suite d'un coryza. Le malade présentait à cette époque deux ou trois crises par mois et ces crises ne duraient qu'une journée. Peu à peu, elles devinrent plus fréquentes.

Actuellement, les crises sont quotidiennes, avec éternuements violents et répétés et rhinorrhée abondante (le malade mouille quatre ou cinq mouchoirs par jour); souvent les crises se produisent la nuit.

23 *septembre*, 18 heures, prise de 20 centimètres cubes de sang.

24 *septembre*, 11 heures, première injection, 1 centimètre cube.

26 *septembre*, 11 heures, deuxième injection, 1 centimètre cube.

27 *septembre*, 11 heures, troisième injection, 1 cm. 1/2. Le malade est sensiblement amélioré, la rhinorrhée est notablement diminuée, mais les éternuements persistent.

28 *septembre*, 11 heures, quatrième injection, 2 centimètres cubes. Prise de 20 centimètres cubes de sang. Les éternuements sont beaucoup moins fréquents et l'écoulement nasal est à peu près nul.

29 *septembre*, 11 heures, cinquième injection, 2 centimètres cubes.

30 *septembre*, 11 heures, sixième injection, 2 centimètres cubes. L'amélioration s'accroît, les éternuements sont rares et la rhinorrhée a presque complètement disparu. Le malade mouille à peine un mouchoir par jour.

Nous voulions faire une nouvelle prise de sang, pour faire encore quatre injections, mais le malade, convaincu

que ces modestes saignées doivent lui être préjudiciables, et satisfait d'ailleurs du résultat obtenu, s'y refuse.

OBSERVATION XIV

Mme C..., blanchisseuse, 43 ans.

Rhinite spasmodique, ayant débuté au mois d'août 1916 chez une personne sujette à des coryzas fréquents depuis l'âge de 17 ans.

En août 1916, la malade, à la suite d'un coryza banal, fut prise d'accès d'éternuements très violents (50 fois environ dans la journée) avec rhinorrhée très abondante. Elle mouillait environ dix mouchoirs par jour et, pendant la nuit, la rhinorrhée et les éternuements réveillaient la malade.

Cette crise dura sept mois, sans accalmie. Un laryngologiste conseilla des fumigations à l'eucalyptol et une poudre à priser. Les symptômes diminuèrent sensiblement et Mme C... fut à peu près tranquille jusqu'au mois de juin 1921, époque à laquelle une nouvelle crise — moins violente que la première — se déclare. A la suite de la galvanocautérisation des cornets, une amélioration notable se maintint pendant quatre mois environ.

Depuis trois semaines, c'est-à-dire fin septembre, nouvelle crise que nous traitons par l'autosérothérapie.

11 octobre 1921, prise de sang.

12 octobre, première injection, 1 centimètre cube.

13 octobre, deuxième injection, 1 centimètre cube.

14 octobre, la malade nous déclare que depuis hier, c'est-à-dire depuis la deuxième injection, elle se sent très améliorée : rhinorrhée moins abondante, éternuements moins fréquents (5 ou 6 par jour).

Aucun accès cette nuit, plus de maux de tête. Elle nous signale que vers le milieu de l'après-midi d'hier elle s'est

sentie très fatiguée et courbaturée. Cette asthénie dura environ deux heures, après quoi, tout est rentré dans l'ordre.

Deuxième prise de sang.

15 *octobre*, troisième injection, 2 centimètres cubes.

17 *octobre*, quatrième injection, 2 centimètres cubes.

18 *octobre*, cinquième injection, 2 centimètres cubes.

19 *octobre*, troisième prise de sang. L'amélioration s'accroît : aucun éternuement hier, pas d'écoulement nasal. Etat général très bon.

20 *octobre*, sixième injection, 1 centimètre cube. Pas d'éternuements, pas de rhinorrhée, état général bon.

21 *octobre*, septième injection, 1 centimètre cube. Depuis hier, la malade a de la diarrhée avec coliques violentes, sans nausées ni vomissements.

22 *octobre*, huitième injection, 1 centimètre cube. Etat général meilleur. Plus de diarrhée, le nez va très bien.

24 *octobre*, neuvième injection, 2 centimètres cubes. La malade va très bien. Nous arrêtons le traitement.

9 *novembre*, la malade revient nous voir spontanément pour nous dire sa satisfaction de sa guérison. Elle n'éternue plus et n'a plus la moindre rhinorrhée, malgré le métier qu'elle exerce — elle est blanchisseuse — qui semblerait devoir lui occasionner des récidives fréquentes.

OBSERVATION XV

Mme G..., 34 ans, repasseuse.

Rhinite spasmodique ayant débuté à 20 ans environ. Depuis cette époque, les crises d'éternuements ont été de plus en plus fréquentes, pour devenir actuellement quotidiennes, la rhinorrhée est très abondante ; depuis six mois des crises d'asthme nocturnes sont apparues.

L'observation de cette malade présente un intérêt très grand à cause du caractère familial de l'affection.

La sœur aînée de la malade présente, en effet, depuis l'enfance, la même affection, ainsi qu'un de ses oncles ; et son fils, un enfant de cinq ans, éternue plusieurs fois et « mouille » un mouchoir chaque matin.

Malheureusement, il nous a été impossible d'instituer le traitement par l'autosérothérapie, la malade s'étant refusée à la prise de sang, et c'est seulement le caractère familial de l'affection qui nous a fait publier cette observation.

OBSERVATION XVI

Mme L..., 24 ans, dactylographe.

Rhinite spasmodique ayant commencé en juin dernier chez une personne sujette à des coryzas fréquents depuis l'enfance.

Au début de l'affection, la rhinorrhée était nulle, la malade éprouvait, au contraire, la sensation d'avoir le nez sec. Les crises d'éternuements étaient fréquentes et la malade éprouvait de violents maux de tête. Pendant un séjour de dix jours à la mer, au mois de juillet, et après son retour, les crises furent moins violentes, mais depuis le début d'octobre, la malade recommence à éternuer et à mouiller plusieurs mouchoirs par jour.

24 octobre, 18 heures, prise de 20 centimètres cubes de sang.

25 octobre, 17 heures, première injection, 1/2 centimètre cube.

26 octobre, 18 heures, deuxième injection, 1/2 centimètre cube.

27 octobre, 18 heures, troisième injection, 1 centimètre cube.

28 octobre, 18 heures, quatrième injection, 1 centimètre cube.

La malade est, depuis deux jours, très améliorée ; la rhinorrhée est beaucoup moins abondante et les éternuements moins violents et moins nombreux.

29 *octobre*, 18 heures, cinquième injection, 1 centimètre cube et prise de 20 centimètres cubes de sang.

L'amélioration s'accroît ; Mme L... n'a éternué ni hier ni aujourd'hui et n'a presque pas mouché.

30 *octobre*, 11 heures, sixième injection, 1 centimètre cube.

31 *octobre*, 18 heures, septième injection, 1 centimètre cube.

La malade n'éprouve plus aucun ennui du fait de son nez et se déclare guérie. Nous arrêtons le traitement et renvoyons Mme L... à un mois.

23 *novembre*, fidèle au rendez-vous, Mme L... vient nous trouver et nous dit sa satisfaction : depuis son traitement, elle n'a plus eu d'écoulement nasal et n'a éternué qu'exceptionnellement.

OBSERVATION XVII

Mme A. C..., 30 ans, comptable.

Rhinite spasmodique ayant débuté il y a quatre mois sans arrêt. Femme en bonne santé ; hystérectomie il y a deux ans pour fibrome. Pas d'hérédité.

L'examen du nez ne révèle rien d'anormal.

16 *décembre*, prise de 20 centimètres cubes de sang.

17 *décembre*, première injection, 1/2 centimètre cube.

18 *décembre*, deuxième injection, 1/2 centimètre cube.

19 *décembre*, troisième injection, 1 centimètre cube.

La malade n'a mouché que très peu hier et n'a presque pas éternué ce matin.

20 *décembre*, quatrième injection, 1 centimètre cube.

L'amélioration s'affirme, pas d'éternuements et sécrétion nasale à peu près normale.

21 *décembre*, cinquième injection, 1 centimètre cube.

La malade n'éternue plus et mouche normalement.

CONCLUSIONS

I. — La rhinite spasmodique apériodique ne doit pas être confondue avec le rhume des foins, dont elle se différencie par son étiologie et sa symptomatologie.

II. — La rhinite spasmodique apériodique doit être considérée comme une manifestation anaphylactique de l'organisme sensibilisé ; la détermination de la substance sensibilisatrice est presque toujours impossible.

III. — Il existe une forme de rhinite spasmodique non anaphylactique : c'est la rhinite spasmodique *a frigore* (rhinite colloïdoclasique).

IV. — L'autosérothérapie désensibilisatrice est tout indiquée dans le traitement d'une affection d'origine anaphylactique.

V. — Sa technique est facile et peut se faire avec un matériel des plus simples.

VI. — Le sérum est d'autant plus actif qu'il est plus récent ; c'est pourquoi il faut :

a) Faire des prises de sang peu copieuses et fréquentes ;

b) Injecter de petites quantités (1 cmc. ou

LÉRMOYEZ. — Traitement pathogénique de l'hydrorrhée nasale (Presse médicale, 28 mai 1913).

LÉRMOYEZ (J.). — Coryza spasmodique *a frigore*, manifestation de colloïdoclasie ; crise hémoclasique provoquée par le froid (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 22 juillet 1921).

— Recherche expérimentale de la crise hémoclasique dans le rhume des foins par inhalation des pollens. La cuti-réaction pollinique : étude des réactions locale et générale (Société médicale des hôpitaux de Paris, 22 juillet 1921).

LUMIÈRE (Auguste). — Choc anti-anaphylactique et colloïdoclasie (Presse médicale, 3 décembre 1921).

— Rôle des colloïdes chez les êtres vivants. Masson, 1921.

MAC GUIRE et REDDEN. — Traitement de la pneumonie grip-pale par le sérum de convalescents (The Journal of the American Medical Association. Chicago, t. LXXII, n° 10, 8 mars 1919).

MIGNON (de Nice). — Application nouvelle de la sérothérapie au traitement des rhinites spasmodiques (Congrès français d'O. R. L., 1911).

MOLINIÉ. — Le coryza spasmodique et le rhume des foins. Thèse de Paris, 1894.

— De l'hydrorrhée nasale (Rapport à la Société française de Laryngologie, t. XVII, 1901).

NETTER (Arnold). — Sérothérapie de la poliomyélite (Académie de Médecine, 12 octobre 1915).

PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, HAGUENAU et WATELET. — Origine anaphylactique de certaines crises d'hydrorrhée nasale (Presse médicale, 24 septembre 1921).

PERY et FAVEREAU. — Autosérothérapie dans un cas de pyalisme gravidique (Société d'Obstétrique de Bordeaux, 1921).

RUBINSTEIN. — Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic.

SELFRIDGE. — Troubles vaso-moteurs du nez avec étude spéciale du rhume des foins (sérothérapie) (The Laryngoscope, vol. XXX, n° 10, octobre 1920).

SHEPPEGRELL. — Anaphylaxie par la protéine du pollen. Résultats du traitement à la clinique du hay fever (The Laryngoscope, vol. XXVIII, n° 12, décembre 1918).

TZANCK. — Traitement des eczémas professionnels, par l'autohémothérapie (L'Hôpital, n° B, août 1921).

WEINBERG. — Traité du sang, 1920.

WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique ; signification de l'hémoclasie (Presse médicale, 3 avril 1920).

— L'auto-anaphylaxie sérique (Congrès de Médecine de Paris 1912).

WIDAL, LERMOYER, ABRAMI, BRISSAUD et JOLTRAIN. — Les phénomènes d'ordre anaphylactique dans l'asthme ; la crise hémoclasique initiale (Presse médicale, 11 juillet 1914).

YONGE (de Manchester). — Traitement de la fièvre des foins rebelle et du coryza paroxystique par résection du nerf nasal (The Lancet, 13 juillet 1908).

Congrès français de médecine de Strasbourg, octobre 1921 :
L'anti-anaphylaxie.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique	13
Étiologie	21
Pathogénie.	29
Symptomatologie.	31
Diagnostic	35
Étude des modifications de la tension artérielle après les injections d'autosérum.	37
Technique	51
Observations.	55
Conclusions.	81
Bibliographie.	83

